



KWESTIONARIUSZ PACJENTA

Imię zwierzaka:

Nazwisko opiekuna:

Data:

1. Czy zwierzę ma aktualne szczepienie przeciwko wściekliznie?

TAK NIE

2. Czy zwierzę ma aktualne szczepienie przeciwko chorobom zakaźnym?

TAK NIE

3. Czy zwierzę zostało odrobaczone (pasożyty wewnętrzne) w ostatnim czasie (ostatnie 3-4miesiące)?

TAK NIE

4. Czy zwierzę jest zabezpieczone przeciwko kleszczom i pasożytom zewnętrznym?

TAK NIE

5. Czy zwierzę jest wysterylizowane/wykastrowane?

TAK NIE

6. Czy zwierzę wychodzi na zewnątrz i ma kontakt z innymi zwierzętami (psy/koty)?

TAK NIE

7. Czy zwierzę ma kontakt z dzikimi zwierzętami? (wieś/las/gospodarstwa rolne)

TAK NIE

8. Czy w domu są inne zwierzęta?

TAK NIE

Jakie?.....

9. Czy zwierzę podróżowało zagranicę?

TAK NIE

10. Czy zwierzę było kiedykolwiek chore?

TAK NIE

11. Czy stwierdzono u zwierzęcia choroby przewlekłe? (choroba nerek, choroba serca, problemy dermatologiczne, choroby endokrynologiczne, ortopedyczne?)

TAK NIE

Jakie?.....

12. Czy zwierzę przyjmuje obecnie leki i/lub suplementy?

TAK NIE

Jakie?.....

13. Czy zwierzę było kiedykolwiek na konsultacjach specjalistycznych? (kardiologiczna/echo serca, neurologiczna, ortopedyczna, nefrologiczna?)

TAK NIE

Jakiej?.....

14. Czy zwierzę miało wypadek komunikacyjny lub było pogryzione?

TAK NIE

15. Czy zwierzę przeszło kiedykolwiek zabieg chirurgiczny?

TAK NIE

Jakie?.....

16. Czy zwierzę miało kiedykolwiek narkozę/premedykację?

TAK NIE

17. Czy zwierzę jest alergikiem?

TAK NIE

18. Czy zwierzę kiedykolwiek miało nietypową reakcję na jakikolwiek lek?

TAK NIE

Jaki lek?.....

19. Jaką karmę przyjmuje zwierzę (sucha/mokra/gotowana/dieta weterynaryjna/konkretna marka)?

.....